

様式第2号（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業所

指定更新申請書

指定地域密着型介護予防サービス事業所

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者 名 称
代表者の職名・氏名

㊦

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ名			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
		Eメール		
	法人の種類別		法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日
事業所	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ名			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
Eメール				
当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき。				
所	フリガナ名			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
		Eメール		
管理者	フリガナ氏名			生年月日
	住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)		

備考 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。